介護給付費明細書過誤調整依頼書

保険者番号	402115
保険者名	筑後市

様

事業所番号	
事業所名称	
代表者名	
連絡先(電話番号)	
担当者名	

下記の被保険者分について、介護報酬の請求に係る提出書類の取消を依頼いたします。

年　　月　　日

申立事由コード					過誤の請求方法	同月過誤　・　通常過誤
申立事由						

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月